

P4-127

腸閉塞との鑑別に難渋した敗血症に伴う非閉塞性腸管虚血（NOMI）の一例

旭川赤十字病院 麻酔科

○^{しげもと}重元 ^{まもる}守、小林 巖

【症例】77歳、女性【主訴】臍周閉痛、嘔気嘔吐【現病歴】本患者は数日間動けない状態となり腹痛、腹部膨満感を訴えA病院へ救急搬送された。A病院では採血でCK>2000 U/L、AST 641 U/L、LDH 1481 U/L、Cre 5.6 mg/dl、腹部Xp・腹部CTでは小腸、結腸の拡大、鏡面形成を認め、壊死を伴う腸閉塞と急性腎障害が疑われたため乳酸リンゲル液を補液し当院救急外来へ搬送となった。【経過】当院搬入時は意識清明、血圧106/56 mmHg、脈拍115/分、呼吸数25/分、SpO2測定不能、体温 38.2℃、末梢冷感認め、腹部診察では腸雑音低下、鼓音、臍部に打診痛と圧痛を認めたが、筋性防御や反跳痛は認めなかった。血液ガス分析で代謝性アシドーシス（BE -12.4 mmol/l）、高乳酸血症（69.5 mg/dl）、低血糖（44 mg/dl）を認め50%ブドウ糖液40 mlを静注した。腹部CTでは左腎膿瘍とイレウス所見は認めたが腹水や門脈ガス、閉塞機軸は認めず腸管壊死は否定的であった。救急科、消化器内科、外科、泌尿器科により共同で診療にあたり、CK高値（27517 U/L）、LDH高値（1130 U/L）より壊死を否定できず腹腔鏡下試験開腹の方針となるも本人手術希望されず、保存的治療目的に入院病棟へ移動した直後に急変し、心肺停止状態となり蘇生処置行ったが死亡となった。病理医による解剖ではNOMI、敗血症、腎膿瘍の所見が得られた。血液培養は陰性、尿培養では*Klebsiella pneumoniae*が同定された。【考察・結語】NOMIは特異的な臨床徴候に乏しく、診断が困難であり治療が遅れることにより予後不良な疾患である。NOMIの治療は一般に基礎疾患の治療と血管拡張薬の使用であるが本症例では結果的に尿路感染症に伴う重症敗血症が基礎疾患であったため血管拡張薬の使用は困難であった。診断と治療に難渋したウロセプシスに伴うNOMIを経験したため、文献的考察、反省点を含めて報告する。

P4-129

尿管管遺残手術後の島状皮弁を用いた臍形成術

熊本赤十字病院 診療部

○^{あらかわ}荒川 ^{くひこ}郷彦、黒川 正人、安田 聖人、伊藤 茂、稲留 彰人、高野 雄一、山本 泰弘

【目的】:当院では尿管管遺残の手術は泌尿器科で行い、開腹にて尿管管とともに臍の全摘出を行っている。その後、形成外科にて臍形成術を行うが、その方法について報告する。

【方法】:尿管管および臍全摘出の切開時において、臍尾側より逆三角形の島状皮弁を挙上すべくデザインを行い、皮弁の片側から尾側に延長した皮膚切開から開腹を行っている。腹直筋まで縫合した後に皮弁の全周を切開する。皮弁下の皮下組織を残して島状皮弁として頭側に移動し、腹壁に縫合固定する。皮弁の尾側は小ポケットを形成するように折り曲げて縫合を行い、最後に周囲皮膚と縫合して手術終了する。

【結果】:本法では深い臍窩が形成できた。また、尾側には小ポケットができることでより深さが著明となり患者の満足度も高かった。

【考察】:臍形成術は様々な方法が報告されていて、複雑なデザインを要する皮弁や植皮を要する方法もあるが、十分な深さの臍窩が形成できないと患者の不満の原因となる。本法は1個の皮弁のみで臍を形成するために、デザインは単純で、皮弁挙上や縫合などの操作も比較的簡便な術式である。しかし、皮弁を確実に腹壁と固定しないと、皮弁が浮き上がり深い臍窩の形成ができないために注意が必要である。一方、皮弁の尾側を折り返して小ポケットを形成することで、臍窩が視覚的により深く見えることも本法の特徴である。

P4-131

先天性恥骨前瘻孔の一例

伊勢赤十字病院 形成外科

○^{なかざと}中里 ^{こうすけ}公亮

【はじめに】先天性恥骨前瘻孔は下腹部正中に発生するまれな先天性疾病である。今回われわれは成人まで無治療であった症例を経験したので報告する。【症例】37歳男性。小児期から瘻孔の存在には気づいていたが、炎症などは起こすことなく無治療であった。別の疾患で皮膚科を受診した際に相談したところ治療目的で当科紹介となった。陰茎基部背側に微小な瘻孔入口を認めた。留置針やソノデは挿入可能であった。瘻孔造影では恥骨結合に向かう約5cmの瘻管を認めた。尿道との交通は認めなかった。手術はピオクタンインで瘻孔を染色後に瘻孔を周囲から剥離したが、染色された部分以上に索状組織となって連続しており恥骨結合部まで切除した。現在、術後6か月経過しているが再発は認めない。【考察】先天性恥骨前瘻孔は恥骨前方の下腹部正中に開口する瘻孔で、Campbellらによって当初重複尿管の亜型であるとして報告されたが、近年では総排泄腔組織の遺残であるとする見解が支持されるようになってきている。治療は瘻孔の完全摘出が必要であるが、瘻孔造影の所見よりも瘻孔は深部まで連続しており、少なくとも恥骨結合部までは切除が必要である。非常にまれな疾患であるが乳幼児の恥骨前に瘻孔を認めた場合は本疾患を鑑別する必要がある。

P4-128

術前に超音波診断しえた虫垂憩室炎の1例

名古屋第一赤十字病院 消化器外科

○^{いけだ}池田 ^{こうよう}幸陽、深田 浩志、湯浅 典博、竹内 英司、後藤 康友、三宅 秀夫、永井 英雅、吉岡裕一郎、奥野 正隆

【はじめに】虫垂憩室炎は臨床的に急性虫垂炎との鑑別が難しく、術後に病理組織学的に診断されることが多い。しかし、急性虫垂炎と比較して穿孔を伴いやすいため、その臨床診断は重要である。近年の報告では、虫垂憩室炎は主にCTで診断されており、超音波(US)診断された報告はきわめて少ない。

【症例】31歳男性。2018年4月、右下腹部へと移動する心窩部痛を自覚し、症状の改善がないため翌日、当院を受診した。来院時体温36.6℃、右下腹部に圧痛・反跳痛を認め、血液検査所見でCRP1.42mg/dL、WBC16800/ μ Lと炎症反応の上昇を認めた。造影CTでは虫垂の軽度腫大(径8mm)、壁の肥厚、虫垂末端の小嚢胞状構造物、虫垂周囲の脂肪線濃度上昇を認め、急性虫垂炎あるいは虫垂憩室炎が疑われた。手術を勧めたが保存的治療を希望したため、抗生剤を投与し帰宅させた。その20時間後、再び来院し、右下腹部に限局した圧痛を認め、CRPの上昇(14.95mg/dL)を認めた。腹部USでは虫垂の軽度腫大(径8mm)、虫垂体部に径10mm、先端部に径6mmの虫垂壁から壁外に突出する嚢胞状低エコー域、その周囲の脂肪線エコー輝度の上昇を認めたため、虫垂憩室炎と診断した。虫垂切除術を施行したところ、切除標本では虫垂粘膜にびらん・潰瘍を認めず、病理組織学的に、粘膜が筋層を貫き漿膜下まで陥凹する仮性憩室を2個認めた。憩室周囲に炎症性細胞浸潤を認めたため、虫垂憩室炎と診断された。術後経過は順調で、術後3日目に退院した。

【結語】虫垂憩室炎の臨床診断は比較的難しいが、超音波検査で診断できることがある。

P4-130

成人腸管重複症によるイレウスの1例

武蔵野赤十字病院 外科

○^{かとう}加藤 ^{しゅんけい}俊介、石川 葵、杉下 哲夫、笠井 俊輔、中畠 雄高、高橋 英徳、水野 裕貴、大司 俊郎、長野 裕人、入江 工、高松 督、嘉和知靖之

成人発症では稀な小腸重複症によるイレウスの1切除例を経験したので、文献的考察を加え報告する。<症例>50歳女性。<現病歴>3週間前から右下腹部痛が出現し、痛みの増悪と排ガス停止を認めたため、当院救急外来を受診した。<既往歴>甲状腺機能亢進症と虫垂炎手術。<身体所見>発熱なし。右下腹部に軽度の圧痛を認めた。<検査所見>採血検査では白血球軽度上昇(10500/ μ L)の他異常なし。腹部造影CT検査では、回盲部に一部石灰化を伴う嚢胞性病変を認め、同部位を起点としてイレウスを生じていた。<経過>イレウスのため入院。絶食で症状改善したため6病日に退院した。嚢胞性病変の悪性が否定はできないこと、イレウスを繰り返す可能性があることから、相談のうえ待機的手術を行う方針となった。<手術>回腸末端が腹腔の病変により腫大していた。腹腔内への病変の広がりは認めず、型のごとく腹腔鏡補助下回盲部切除を施行した。<病理>病変は回腸壁の固有筋層内に存在していた。腹腔に異型のない小腸粘膜を認め、小腸重複症と診断した。<考察>腸管重複症は本来の消化管の他に内腔を持った消化管構造が存在する先天異常である。小腸から回盲部での発生が60%を占め、腹痛や下血で発症することが多い。小児期での発症が多く、成人での発症は比較的稀であるが、急性腹症やイレウスの原因として本疾患も念頭に置くべきであると考えられた。

P4-132

手術を回避できた腹腔内遊離ガスを伴う腸管気腫症の1例

深谷赤十字病院 外科

○^{さいとう}齋藤 ^{せいじ}征剛、藤田 昌久、石川 文彦、新田 宙、尾本 秀之、釜田 茂幸、上田 淳彦、高柳 良介、伊藤 博

【はじめに】われわれは、腹腔内遊離ガスを伴う腸管気腫症に対して保存的に治療した症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。【症例】85歳、男性。虚血性心疾患、高血圧症、糖尿病で当院内科通院中であったが、定期受診の際に咳嗽があり、胸部X線を撮影したところ、両側横隔膜下に遊離ガスを認めた。腹部CTでは腹腔内遊離ガスおよび広範囲の小腸に腸管壁内ガスを認めたため、当科へ紹介となった。腹部に軽度の膨満感を認めたが、圧痛や腹膜刺激症状はなく、血液検査で炎症反応の上昇は軽度であった。以上より腹腔内遊離ガスを伴う腸管気腫症と診断したが、積極的に消化管穿孔や腸管壊死を疑う所見はなく保存的治療を開始した。経過中に腹部症状の変化はなく、第6病日の腹部X線で横隔膜下の遊離ガスは減少、第9病日には消失したため食事を開始した。第12病日のCTで腹腔内遊離ガスおよび腸管壁内ガスはほぼ消失し、第15病日に退院した。【まとめ】腸管気腫症は、腸管壁の粘膜下や漿膜下の含気性嚢胞を特徴とする比較的稀な疾患である。腹腔内遊離ガスを伴うこともあり、消化管穿孔や腸管壊死として緊急手術が行われることも少なくないが、臨床症状に乏しい腹腔内遊離ガスに対しては保存的治療で改善を得られる腸管気腫症もあることを念頭に置き、不要な手術を避けることが必要である。